

# **Afasi efter stroke**

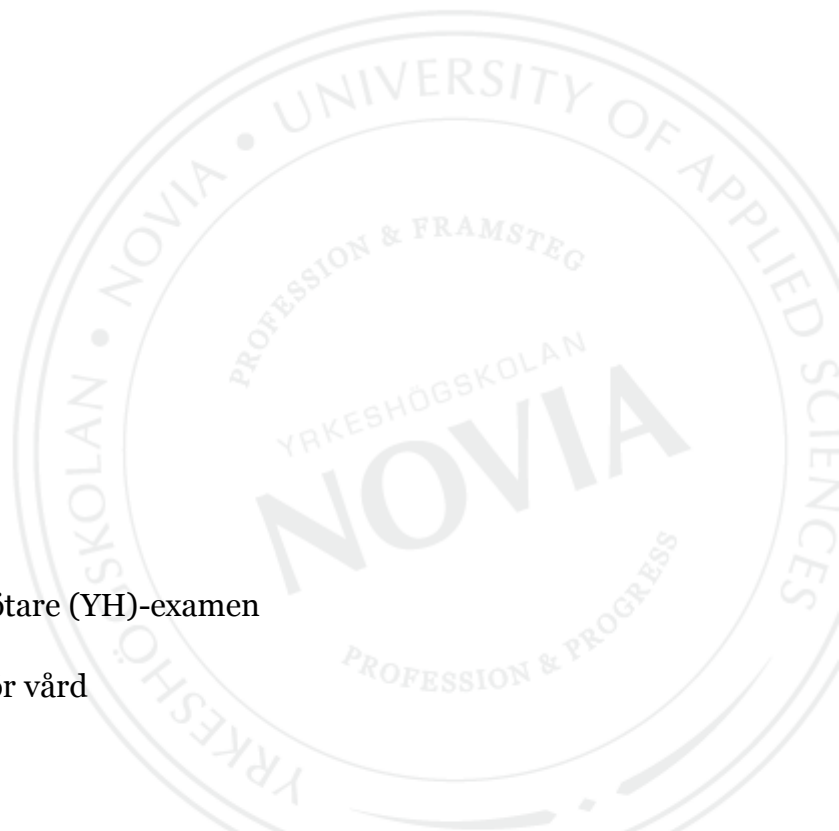
## **En kvalitativ litteraturstudie om egenvård och rehabilitering vid afasi efter en stroke**

Evelina Björkskog

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2015



## EXAMENSARBETE

Författare:	Björkskog Evelina
Utbildningsprogram och ort:	Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning:	Vårdarbete
Handledare:	Gunilla Hallvar-Hudd

Titel: Afasi efter stroke

---

Datum: oktober 2015	Sidantal: 50	Bilagor: 5
---------------------	--------------	------------

---

### Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att klargöra hur en rehabilitering för patienter som har afasi ser ut, och även hur egenvård hos en afasipatient kan tillämpas. Skribenten vill försöka öka förståelsen för vad afasi är och hur viktig rehabilitering är. Frågeställningarna i detta arbete är: Hur ser rehabiliteringen av en patient med stroke och afasi ut? Hur kan en person med afasi och stroke utföra egenvård?

Skribentens teoretiska utgångspunkter är Dorothea Orems *teori om egenvård* utgående från Kirkevold (2000) och studien är en kvalitativ litteraturstudie innehållande vetenskapliga artiklar. Artiklarna som valts till examensarbetet har sammanställts i en översiktsartikel (bilaga 1). Denna översiktsartikel har analyserats med hjälp av innehållsanalys och därefter har materialet tolkats med hjälp av de teoretiska utgångspunkterna och den teoretiska bakgrunden. I resultatet kom det fram tre olika kategorier: rehabilitering, egenvård och kommunikation.

---

Språk: svenska	Nyckelord: afasi, egenvård, rehabilitering, stroke
----------------	--

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Björkskog Evelina  
Degree Programme: Health care, Vaasa  
Specialization: Nursing  
Supervisor: Gunilla Hallvar-Hudd

Title: Aphasia after stroke

---

Date: October 2015	Number of pages: 50	Appendices: 5
--------------------	---------------------	---------------

---

### Summary

The purpose of this study is to clarify how the rehabilitation for patients with aphasia looks like, and how self-care of an aphasia patient can apply. The respondent wants to try to increase the understanding of what aphasia is and how important rehabilitation can be. The questions for this work are: How does the rehabilitation of a patient with stroke and aphasia look like? How can a person with aphasia and stroke perform self-care?

Respondent's theoretical premises are Dorothea Orem's theory about self-care starting from Kirkevold (2000) and this study is a qualitative literature study consisting of scientific articles. The selected articles have been compiled into a summary (appendix 1). This summary has been analyzed by a content analysis and then the material has been interpreted using the theoretical premises and the theoretical background. The results show three categories: rehabilitation, self-care and communication.

---

Language: Swedish	Key words: aphasia, rehabilitation, self-care, stroke
-------------------	---

---

## Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställningar .....	2
3. Teoretiska utgångspunkter .....	2
3.1 Teorin om egenvård.....	2
3.2 Teorin om egenvårdsbrist .....	4
3.3 Teorin om omvårdnadssystem .....	4
4. Teoretisk bakgrund .....	6
4.1 Stroke .....	6
4.1.1 Symtom vid stroke .....	7
4.1.2 Vården vid stroke .....	8
4.2 Afasi efter stroke.....	12
4.2.1 Symtom vid afasi.....	13
4.2.2 Rehabilitering av afasi.....	14
4.2.3 Bemötande av patient med afasi.....	15
4.3 Andra kommunikationsstörningar .....	16
5. Undersökningens genomförande .....	16
5.1 Kvalitativ metod .....	17
5.2 Innehållsanalys.....	17
5.3 Översiktsartikel .....	18
5.4 Etiska överväganden .....	18
5.5 Undersökningens praktiska genomförande .....	19
6. Resultatredovisning .....	19
6.1 Rehabilitering.....	20
6.1.1 Identifiering av afasi.....	20
6.1.2 Hjälpmedel .....	21

6.1.3 Behandlingsformer .....	22
6.2 Egenvård.....	23
6.2.1 Individuella program .....	23
6.2.2 Skolning av vårdpersonal .....	24
6.3 Kommunikation .....	25
6.3.1 Gester .....	25
6.3.2 Musik .....	25
7. Tolkning och resultat.....	26
7.1 Rehabilitering.....	26
7.2 Egenvård.....	27
7.3 Kommunikation .....	28
8. Kritisk granskning .....	29
8.1 Intern logik.....	29
8.2 Etiskt värde .....	30
8.3 Empirisk förankring.....	30
9. Diskussion.....	31
Källförteckning .....	32
Bilagor	

## 1. Inledning

*"Afasi är en störning av språkförmågan som beror på en hjärnskada"* (Jönsson, 2012, s. 206). Afasi är ett tillstånd som ofta kan komma efter att man drabbats av en stroke. Ibland kan afasin vara tillfällig, men i många fall är den kronisk. Både anhöriga och personerna med afasi kan uppleva att man inte förstår varandra, och frustration uppstår. I detta examensarbete kommer det tas upp vad stroke är, symtom vid stroke, vården samt behandlingen vid stroke. Även vad afasi är, hur olika typer av afasi kan se ut och vården samt behandlingen vid afasi tas upp. Anledningen till att ämnet valts är för att skribenten upplever att många människor inte alltid vet hur de skall behandla en person med afasi och på vilket sätt de skall kommunicera med dem. Det kan också vara svårt att veta hur man skall hjälpa någon med afasi och hur personer med afasi kan hjälpa sig själva. Detta arbete kan vara till nytta till dem som kommer i kontakt med en person som har afasi att lättare förstå vad afasi är, hur man kan gå till väga för att underlätta för både sig själv och för den med afasi vid kommunikation, men också hjälpa personer som har afasi att förstå vad det är de har drabbats av och vad de själva kan göra för att underlätta i det dagliga livet. Syftet med examensarbetet är att klargöra hur en rehabilitering för patienter som har afasi ser ut, och även hur egenvård hos en afasipatient kan tillämpas.

## 2. Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att klargöra hur en rehabilitering för patienter som har afasi ser ut, och även hur egenvård hos en afasipatient kan tillämpas. Detta görs för att hjälpa de som kommer i kontakt med en person med afasi att lättare förstå vad afasi är, men också att vägleda om hur man kan gå till väga för att göra sig förstådd av en person som har afasi. Frågeställningarna till arbetet är:

- Hur ser rehabiliteringen av en patient med stroke och afasi ut?
- Hur kan en person med afasi och stroke utföra egenvård?

## 3. Teoretiska utgångspunkter

Till detta arbete valdes att skriva om Dorothea Orems egenvårdsmodell och de tre olika teorierna som hör till modellen: teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Under dessa teorier finns även några begrepp som teorierna är uppbyggda kring. Teorins huvudtes handlar om att människor oftast har både motivation och förmåga att utföra en målinriktad handling för att försöka ta tillvara och även främja sin hälsa, förebygga sjukdomar, men också att utföra åtgärder som motverkar uppkomsten av sjukdomar. Ibland klarar en individ inte själv av att utföra dessa handlingar, och då krävs det att en annan människa utför dessa handlingarna som främjar livet, hälsan och välbefinnandet. (Kirkevold, 2000, s. 159)

### 3.1 Teorin om egenvård

Det finns tre centrala begrepp som teorin om egenvård är uppbyggd kring, dessa är *egenvård*, *egenvårdsbehov* och *egenvårdskrav*. Här nedanför tas kort upp om dessa tre begrepp.

## **Egenvård**

Enligt Orem är egenvård någonting som är frivilliga och medvetna handlingar som görs enligt ett mönster och i en skild ordningsföljd. Dessa handlingar är någonting som individer gör för sin egen skull för att kunna upprätthålla livet, hälsan och välbefinnandet och är målinriktade för att möta personens krav på egenvård. Man brukar dela in egenvården i tre olika faser: *värderingsfasen*, *planeringsfasen* och *genomförandefasen*. I värderingsfasen försöker personen få fram en klar bild av vilka handlingar som krävs för att kunna reglera kroppens struktur samt funktion för att kunna säkerställa en god hälsa och ett gott välbefinnande. I den andra fasen planerar man systematiskt och kontinuerligt hur man borde utföra handlingarna som kommit fram i den första fasen. Den sista fasen handlar om att genomföra de handlingar man tidigare planerat. Tillsammans kommer dessa tre faser att bilda en handlingsprocess som är målinriktad. (Kirkevold, 2000, s. 149-150)

## **Egenvårdsbehov**

Egenvård har syftet att tillgodose de egenvårdsbehov som människan har och kan indelas i tre kategorier: universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. De *universella egenvårdsbehoven* handlar om olika antaganden som gör att individen måste göra vissa typer av åtgärder (egenvård) för att ha möjlighet att upprätthålla mänskliga funktioner. *Utvecklingsmässiga egenvårdsbehov* handlar om antaganden om att människan utvecklas från att de föds till det att de dör och att det finns vissa faktorer som främjar denna utveckling. *Hälsorelaterade egenvårdsbehov* finns hos personer som är bland annat sjuka eller skadade. Egenvårdsbehov handlar också om olika mål som är viktiga för att kunna säkerställa en god hälsa och ett gott välbefinnande hos individer. (Kirkevold, 2000, s. 150-152)

## **Egenvårdskrav**

Egenvårdskrav handlar om de egenvårdsaktiviteter som man bör utföra för att kunna tillgodose universella och utvecklingsmässiga egenvårdsbehov som individer har, men även de behov som en person eventuellt kan ha på grund av en sjukdom. För att kunna beräkna en persons egenvårdskrav för man kunna identifiera dessa: de existerande egenvårdsbehoven, olika förhållanden mellan olika egenvårdsbehov, de faktorer som kan påverka dessa behov (till exempel kön, ålder), samt de åtgärder som bör göras för att kunna tillgodose dessa behov. (Kirkevold, 2000, s. 152)



### 3.2 Teorin om egenvårdsbrist

Det finns två viktiga begrepp om teorin om egenvårdsbrist: *egenvårdskapacitet* och *egenvårdsbegränsningar*.

#### Egenvårdskapacitet

Egenvårdskapacitet är en inlärd förmåga att kunna tillgodose de behov man har av vård som reglerar livsprocesser, upprätthåller personers strukturella och funktionella integritet och utveckling och som främjar välbefinnandet hos personen. Egenvårdskapaciteten förändras hos individer beroende på deras ålder, hälsotillstånd, utbildning, kunskaper, livserfarenhet, kultur och även deras resurser. Dessa begrepp är olika former av grundläggande styrande faktorer. Egenvårdskapaciteten kan utvecklas genom att man får instruktioner av andra eller genom att man spontant utför egenvård i det vardagliga livet, och handlar om olika kunskaper, motivation, mentala färdigheter och praktiska färdigheter som behövs för att kunna tolka de behov som personer har och även planera egenvården. Detta betyder att egenvård är beroende av en persons mentala, psykologiska och även fysiska egenskaper. (Kirkevold, 2000, s. 152-153)

#### Egenvårdsbegränsningar

Egenvårdsbegränsningar handlar om de olika begränsningar som finns i en persons egenvårdskapacitet. Här finns det tre olika typer av begränsningar: *begränsade kunskaper*, *begränsad förmåga att bedömma och fatta olika beslut* och *begränsad förmåga att utföra olika typer av handlingar*. (Kirkevold, 2000, s. 153)

### 3.3 Teorin om omvårdnadssystem

I teorin om omvårdnadssystem finns det tre viktiga begrepp, dessa är: *omvårdnadskapacitet*, *hjälpmetoder* och *omvårdnadssystem*.

## **Omvårdnadskapacitet**

Omvårdnadskapacitet är de kunskaper, attityder, färdigheter och egenskaper som behövs för att kunna utföra omvårdnad. Denna kapacitet är en inlärd förmåga som kräver utbildning. Man kan både vara en hjälpbehövande person som får hjälp av en annan människa, eller så utför man vården för sig själv. Tolkningar och olika typer av handlingar i situationer vid omvårdnad, vilja och motivation, praktiska färdigheter är några viktiga delar i omvårdnadskapaciteten. (Kirkevold, 2000, s. 154)

## **Hjälpmetoder**

Professionella hjälpare, till exempel sjuksköterskor, behöver använda sig av fem olika hjälpmetoder för att vårda en annan person. Dessa metoder handlar om att handleda eller själva utföra vården för en person, vägleda en annan människa, stötta personen både fysiskt och psykiskt, skapa en miljö som är utvecklande och undervisa en annan människa. (Kirkevold, 2000, s. 155)

## **Omvårdnadssystem**

Ett omvårdnadssystem är något som skapas till en följd av en sjuksköterskas och en patients åtgärder i en omvårdnadssituation. Här menar man att omvårdnadssystemen är det som påverkar omvårdnadssituationen och som också formar den, detta genom att man identifierar patientens och sjuksköterskans roller och förhållanden mellan rollerna, men också de olika teknologiska delar som bör ingå och de olika hjälpmetoderna som borde tillämpas. Hit hör tre olika typer av omvårdnadssystem: *fullständigt kompenserande omvårdnadssystem*, *delvis kompenserande omvårdnadssystem* och *undervisande omvårdnadssystem*. (Kirkevold, 2000, s. 155)

## 4. Teoretisk bakgrund

I detta kapitel beskrivs vad stroke är, symtom på stroke, behandlingar som görs för personer som har insjuknat i stroke, rehabilitering av strokepatienterna. Det kommer även tas upp om vad afasi är, symtom på afasi, rehabilitering av afasipatienter, hur man bemöter en person med afasi, samt behandlingen vid afasi.

### 4.1 Stroke

Stroke är ett samlingsnamn för hjärninfarkt och hjärnblödningar, där hjärninfarkt är den vanligaste formen av dessa. En stroke förorsakar en hjärnskada på grund av att hjärnvävnaderna drabbats av ischemi (syrebrist) till följd av hjärnblödning eller blodpropp. Av de som drabbas av stroke har cirka 85% drabbats av en infarkt och de resterande 15% av en blödning i hjärnan. Oavsett vilket man drabbats av så leder båda till syrebrist och skadar den del i hjärnan som drabbats. (Ericson & Ericson, 2012, s. 241, s. 243; Jönsson, 2012, s. 25)

#### Infarkt i hjärnan

En blodpropp i hjärnan kan förorsakas av en emboli eller av en trombos, eller också en kombination mellan dessa två. Vid en stroke förorsakat av en emboli fastnar lösa trombosdelar eller aterosklerotiska plack i en artär som för blod till hjärnan. Trombosdelarna kommer oftast från hjärtat och placket har vanligtvis sitt ursprung i karotiskärlen. Den vanligaste orsaken till embolibildning är förmaksflimmer. Stroke förorsakat av en trombos innebär att trombos bildats i något eller några av hjärnans blodkärl. Risken för trombosbildning ökar då blodflödet i artärerna minskar, som vid sömn. Vissa sjukdomar, till exempel sjukdomar som påverkar koagulationsförmågan ökar risken för att man skall drabbas av en trombotisk hjärninfarkt. (Ericson & Ericson, 2012, s. 244)

## **Blödning i blodkärl i hjärnan**

Det finns två olika typer av blödningar i hjärnan, intracerebralblödning (blödning inne i hjärnvävnaden) och subaraknoidal blödning (blödning från en artär som finns under araknoidean = spindelvävshinnan). Av dessa är den intracerebralblödningen den vanligare. Intracerebralblödningar uppstår då ett litet blodkärl brister och inträffar akut. Blödningen påverkar den drabbades medvetande. Hypertoni är ofta en orsak som bidragit till uppkomsten av en intracerebralblödning, och medicinering med antikoagulantia ökar också risken för insjuknande. Subaraknoidalblödning inträffar om ett aneurysm brister någonstans på skallbasens artärer eller på artärerna som finns på hjärnans yta. (Bilaga 2, bild 1) (Terént, 2007, s. 23-24; Ericson & Ericson, 2012, s. 245)

Subaraknoidalblödningar är den allvarligaste formen av stroke och många dör till följd av den. Då denna typ av blödning uppstår så sprutar blod ut från en artär ut i det mellanrum som finns mellan spindelvävshinnan och den mjuka hjärnhinnan. Då en blödning uppstår där så ökar trycket i skallen och om detta tryck blir större än det vanliga blodtrycket så kan detta leda till att blodförsörjningen till hjärnan stängas av. Detta leder till att patienten omedelbart blir medvetslös. Oftast är blödningskällan ett aneurysm som brustit till följs av kraftig kroppsanspänning eller att blodtrycket stigit. (Ericson & Ericson, 2012, s. 269). Blödningar som uppstår i lilla hjärnan och stora blödningar medför en sämre prognos för den drabbade. Detta beror på att risken för att hjärnstammen kläms in och dör är stor. Även hög ålder, djup medvetslöshet och ökat intrakraniellt tryck försämrar prognosen hos den drabbade. (Ericson & Ericson, 2012, s. 251)

### **4.1.1 Symtom vid stroke**

Beroende på var i hjärnan infarkten sker så kan symtomen se olika ut. Något som uppstår hos de flesta som drabbats av en infarkt är pares (förlamning) eller hemipares (halvsidig förlamning), känselbortfall på ena kroppshalvan (den motsatta sidan till var infarkten uppstått i hjärnan). Afasi, dubbelseende eller synfältsbortfall, yrsel, svaghet i musklerna i ansiktet, dysfagi (sväljningssvårigheter), dysartri (talströningar), nystagmus (ögonrinnningar), andnings- och cirkulationspåverkan är symtom som ibland också kan förekomma. Krampanfall kan förekomma vid hjärnblödningar men uppstår sällan vid hjärninfarkter. Illamående, kräkningar, medvetslöshet, nakstyvhet, epileptiska kramper och

huvudvärk kan förekomma vid en hjärnblödning. (Ericson & Ericson, 2012, s. 246, s. 251, s. 269; Jönsson, 2012, s. 25-26)

#### **4.1.2 Vården vid stroke**

Här tas det upp hur vården av en strokepatient ser ut i olika stadier, allt från det att personen insjuknar till det att patienten blir utskriven från avdelningen och skall åka hem. Även rehabilitering tas upp i detta kapitel.

##### **Vården för strokepatienter i det akuta stadiet**

I det akuta stadiet rekommenderas att man utför ett "akuttest" om man misstänker att någon drabbats av stroke. Testet går ut på att man skall kontrollera ansiktet, om personen kan le och visa tänderna (ofta vid stroke hänger ena mungipan ner),. Kontrollera kroppsdelarna, kan personen hålla upp båda händerna framför sig i 10 sekunder (ofta hålls ena armen inte upp)? Hur är talet, pratar personen sluddrigt och/eller kommer orden i fel ordning? Viktigt att komma ihåg är att tiden är dyrbar, ring genast till 112! I ambulansen görs också akuttestet men man undersöker också blodsockervärdet för att utesluta att personen inte har ett väldigt lågt blodsockervärde (under 3 mmol/l) på grund av att ett lågt värde kan vara en orsak till symtomen. (Terént, 2007, s. 54-55; Ericson & Ericson, 2012, s. 247)

##### **Strokevården på akuten**

Viktigaste åtgärden för att förbättra blodflödet till det drabbade området är genom att man försöker skydda hjärnan från ordentliga blodtryckssänkningar. Förhöjd kroppstemperatur påverkar ischemin negativt så detta bör också noggrant följas upp och vid behov åtgärdas. Hypoxi och hjärtarytmier kan också ha negativ inverkan på ischemin. (Ericson & Ericson, 2012, s. 243). Man går i genom anamnesen och bedömer patientens status, kontrollerar allmäntillståndet samt medvetandegraden. Blodtrycket och pulsen följer man noggrant med, och även EKG och saturationen. Man graderar patientens vakenhet och undersöker om patienten är styv i nacken, testar balansen, sensibiliteten, sväljförmågan, talförmågan och perceptionen som en del av en neurologisk undersökning. Även styrka, reflexers aktivitet, muskeltonus, rörelsekoordination, med flera, undersöks. En skild strokeskala, NIHSS

(National Institutes of Health Stroke Scale), används för att sammanfatta och ge poäng för de fynd man fått. (bilaga 3) (Ericson & Ericson, 2012, s. 247; Jönsson, 2012, s. 46)

CT-undersökning (datortomografi) av hjärnan görs för att undersöka var i hjärnan skadan skett och om det är frågan om en hjärnblödning eller om det är en trombos/emboli som förorsakat skadan. MRT (magnetresonanstomografi) ger en mer detaljerad information om ischemins grad, än vad CT-undersökningen ger. Om man kombinerar MRT med perfusions-MR så kan man hitta hjärnvävnad som ännu går att rädda. Ultraljudsundersökning av hjärtat och av cerebrala blodkärl kan påvisa om det finns blodflödesstörningar. I vissa fall görs också en lumbalpunktion där man tar prov av likvor vid misstanke om en subaraknoidalblödning, men CT:n inte tydligt visat detta. Även laboratorieprov görs, bland annat hemoglobin, trombocyter, glukos, elektrolyter och koagulationsprov tas. Om patienten har drabbats av en hjärninfarkt brukar man oftast ge proppupplösande behandling, trombolys, om det inte gått längre än 4,5 timmar efter att patienten fått sina första symtom. (Ericson & Ericson, 2012; s. 248; Jönsson, 2012, s. 46-48)

### **Strokevården på avdelningen**

I många länder finns det en så kallad stokeenhet som har som uppgift att ta hand om personer som drabbats av stroke. På dessa enheter finns det många olika yrkesgrupper som försöker vårda och behandla patienterna. Bland annat finns det läkare, sjukskötare, sjukgymnaster och kuratorer på avdelningarna. På avdelningen möts patienterna av en lugn personal som är kunnande. Övervakning sker även på avdelningen till en början. Man följer bland annat med neurologstatus, medvetandegrad, de vitala funktionerna, EKG, blodsockervärdet, saturation och temperatur. Blodsockervärdet och blodtrycket brukar oftast bli förhöjda vid insjuknandet, och på grund av detta följer man upp dem regelbundet tills de blivit stabila igen. Innan en patient som haft stroke får äta eller dricka, genomför man ett test för att undersöka personens sväljförmåga. Detta gör man för att undvika aspiration. Man följer noggrant med när patienten skall försöka äta eller dricka själv efteråt. En bra nutrition kan vara betydande för återhämtningen och rehabiliteringen. För att förebygga trycksår, smärtor och andningsproblem försöker personalen på avdelningen att hitta en bra ligg- och sittställning för den strokedrabbade personen. Man använder sig bland annat av kuddar för att få fram en optimal ställning för att huden och lederna inte skall påverkas negativt. Bra

ställning är också viktigt med tanke på felställningar som kan uppkomma om patienten är förlamad i någon kroppsdel. (Terént, 2007, s. 71-76; Jönsson, 2012, s. 59-64)

### **Medicinsk behandling av strokepatienter**

Om man efter undersökningar kommit fram till att patienten drabbats av en infarkt i hjärnan så brukar man oftast påbörja en trombolysbehandling. Denna behandling går till så att man först injicerar en spruta med någon form av trombolys, och sedan ett dropp med alteplas. Detta dropp brukar droppa i en timmes tid. Syftet med behandlingen är att upplösa proppen/propparna som uppstått. Det finns dock några kriterier som måste uppfyllas för att man skall få behandla en patient med trombolysbehandling. Dessa är att man kan starta droppet inom 3 timmar efter första symtomen uppkommit, man har kunnat utesluta att personen inte drabbats av en blödning, man har konstaterat att proppen är tillräckligt stort, patienten har rätt ålder för behandlingen, blodtrycket är under 180/110 mmHg och att det inte finns någon risk för blödningar på grund av skada, operation eller blodförtunnande behandling (till exempel behandling med warfarin). Man bör undersöka symtomen, statuset, blodtrycket och pulsen hos patienten både under och efter trombolysen och efter ett dygn görs en ny neurologisk status undersökning samt en ny datortomografi undersökning. Det är högst var tjugonde patient som får denna form av behandling i akutstadiet, detta på grund av att åldern oftast är för hög på patienten eller att det gått för lång tid.

En annan form av medicinsk behandling som kan ges är ASA-behandling, ASA är en förkortning av acetylsalicylsyra. Acetylsalicylsyra förekommer i vissa läkemedel som intas för att sänka feber eller behandla värk, men dosen som ges vid stroke är mindre än den dos som intas vid febertillstånd eller värk. Behandlingen med ASA vid stroke är enkel och ofarlig men är inte lika effektiv som en trombolysbehandling. ASA-behandlingen förhindrar att tillståndet skall förvärras om nya proppar bildas. (Terént, 2007, s. 59-63)

### **Rehabilitering för strokepatienter**

Rehabilitering betyder att man skall försöka återanpassa patienten till den bästa möjliga situationen, och inte endast fysiskt utan även psykiskt. Rehabiliteringen påbörjas så snabbt som det går efter att patienten insjuknat, men man måste bedömma detta från person till person. En snabbare återhämtning kan fås om en tidig rehabilitering görs. Om en patient är

sängliggande kan man till exempel hjälpa denne att sitta på sängkanten eller att höja upp huvudändan på sängen. Genom att försöka få patienten att hjälpa till med till exempel påklädning, hygien och förflyttning så rehabiliterar man patienten samtidigt. Även genom att låta personen åka i rullstol till toaletten, titta på tv och läsa, ringa till någon, kan räknas som rehabilitering. Något man inte får glömma är att vid en optimal rehabilitering av en stroke patient behöver patienten även få känna sig delaktig i att sätta sina egna mål, och att patienten får ordentligt med vila. De flesta som drabbats av en stroke blir spontant bättre redan under de första månaderna. Men förbättringar sker också i flera år efter att patienten drabbats av stroke. Rehabiliteringen påbörjas i det akuta skedet och kan pågå i flera år. Något som också är viktigt att komma ihåg är att hjärnan behöver utsättas för olika impulsflöden för att effekten av rehabiliteringen skall bli så stor som möjligt. Fysiska träningssätt där man har engagerat hela kroppen, samt gruppövningar och sociala kontakter är viktiga och betydelsefulla. Social isolering är inte bra för rehabiliteringen. En vacker och positiv rehabiliteringsmiljö hjälper till med läkningen, men också tillgången till olika hjälpmedel. Matintaget är mycket viktigt och skall helst ske tillsammans med andra människor. Man får inte glömma att vila är en viktig del för läkningen. Många patienter har ett ökat sömnbehov och detta borde man som vårdare inte oroa sig över. (Terént, 2007, s. 91-94; Ericson & Ericson, 2012, s. 257-259; Jönsson, 2012, s. 65-66)

Man bör som vårdare känna till riskerna som kan uppstå om man inte mobilisera patienten, och vad mobiliseringen kan förbättra. Några risker som kan uppstå om patienten är sängliggande allt för länge är bland annat att smärtorna kan bli värre, den dåliga kroppsuppfattningen som patienten kan ha kan bli bestående, trycksår kan uppstå, blodpropp i benen kan bildas, magen kan bli trögare. Dessa saker kan till viss del förhindras om man börjar mobilisera patienten. Det man vill uppnå med mobiliseringen är att öka stimulering till hjärnan och försöka förhindra att komplikationer uppstår för patienten. Detta bör man informera patienten om så att de lättare förstår varför man gör som man gör på avdelningen. (Terént, 2007, s. 76-77)

### **Utskrivning av strokepatienter**

Efter att en patient blivit utskriven från avdelningen och kommer hem så är det egenvård som gäller. Den rehabilitering som startades på sjukhuset borde nu också fortsättas genom exempelvis dagvård med anknytning till sjukhuset i form av gymnastik och bad. Det är också



möjligt att rehabiliteringen sker i hemmet, detta är en fördel för den drabbade själv då de ofta upplever hemmiljön mindre stressig. Social träning är också en viktig sak som skall tränas upp. Detta kan till exempel hemtjänstpersonal hjälpa till med. Redan att gå till butiken eller banken kan vara en bra träning. Vissa föreningar erbjuder kamratstöd som även det kan vara bra för den drabbades sociala träning. Något som spelar stor roll för de flesta som drabbats av en stroke är anhörigas stöd. Det har visat sig att de som har stöd från sina anhöriga ofta snabbare förbättras än de som inte fått stöd av närstående. Om den bakomliggande orsaken till stroke är känd så får patienterna ofta någon form av prevention för att försöka förhindra att en ny stroke skall uppstå i framtiden. Några typer av prevention som kan ges är till exempel trombolysprofylax (för att motverka embolier/tromboser), hypertoni profylax (behandling av högt blodtryck), förändrad livsstil (rökning, övervikt). (Ericson & Ericson, 2012, s. 266-267)

## 4.2 Afasi efter stroke

*"Afasi är en störning av språkförmågan som beror på en hjärnskada"* (Jönsson, 2012, s. 206). Alla språk i världen är uppbyggda på samma sätt; språken består av ord, språkljud och grammatik. Språkliga symboler säger man att är en inlärd sak, det är ingenting man har blivit födda med. Med språkliga symboler menas att orden är symboler för vad en person tänker och har för känslor. För att kunna kommunicera på ett språk, vilket som helst, så behöver man kunna tala språket, förstå vad andra personer säger genom att översätta det, höra det personen säger, men också att kunna se det skriva språket. De två viktigaste områden i vår hjärna som har hand om kommunikationen, kallas *Brocas område* och *Wernickes område*. Båda områden finns i den vänstra hjärnloben. Brocas område finns i den nedre, bakre delen av frontalloben, och de patienter som skadats i denne del kan oftast förstå vad andra personer säger, men kan ha problem med talet i form av ljudmässiga förenklingar (slutet av ord kan försvinna) och de kan ha svårt att få fram de enskilda orden. Wernickes område finns i den bakre, övre delen av temporalloben (tinninglob). Personer som drabbas av stroke i denne del brukar oftast ha svårt att hitta rätt ord, så de byter oftast ut ord till andra eller "hittar på" egna ord. På grund av att blodförsörjningen till dessa områden till störst del kommer genom *arteria cerebri media*, som också försörjer områden i hjärnan som har hand om rörelseförmågan och känslan i höger kroppshalva, så förekommer förlamning i höger

kroppshalva och afasi ofta samtidigt. (Bilaga 2, bild 2) (Borenstein, 1988, s. 25-32; Jönsson, 2012, s. 204-205)

Afasi delas ofta upp i två olika delar; en *expressiv* och i en *impressiv* komponent. Till den expressiva delen hör förmågan att tala och skriva, och till den impressiva delen hör förmågan att kunna förstå tal och att kunna läsa skriven text. Man kan drabbas av olika typer, grader och kombinationer av dessa två komponenter, detta är beroende på var hjärnskadan är och hur stor den är. En tumregel som används är att de som drabbats av afasi anses vara drabbad av både impressiva och expressiva symtom, tills man har kunnat mot visa detta. (Borenstein, 1988, s. 22-24; Jönsson, 2012, s. 206-207)

#### 4.2.1 Symtom vid afasi

Till de vanligaste symtomen som uppkommer vid afasi hör talsvårigheter. Till detta hör bland annat att personen kan ha svårt med att hitta ord. Beroende på vilken del av hjärnan stroke drabbat så kan olika typer av ord vara svårare att hitta. En stroke bakom centralfåran medför ofta att den drabbade har svårt att hitta substantiv och adjektiv, medan en stroke framför centralfåran oftast medför svårigheter att hitta verb. De personer som har svårt med substantiv kan få problem med att komma på namn på saker och personer. Ibland kan de även ge saker fel namn, till exempel att de säger ”stol” när de menar ”bord”. Detta kallas *verbal parafasi*. Vissa språkljud byts också ut, så att till exempel ”fat” blir till ”sat”. Detta kallar man till *literal parafasi*. Om en person drabbats av *neologism* så bildar denne nya ord för språkliga uttryck. Även olika typer av grammatikfel kan förekomma. (Jönsson, 2012, s. 207-208)

En person som drabbats av svårigheter med att förstå tal kan missuppfatta vad ord betyder, ha svårt att förstå vad olika substantiv, verb och adjektiv betyder. Vissa personer kan även ha svårt att förstå långa meningar. På grund av dessa problem så kan mycket problem uppstå, andra personer kan uppfatta den drabbade som förvirrad, minnelös eller negativ då denne inte gör som man säger. En person med afasi har nästan alltid svårt med att kunna läsa och skriva, det hjälper sällan att man har personen att skriva ordet han/hon vill säga eller att ha denne att läsa av ett ord man försöker säga. Då personen försöker skriva så kan denne ha problem med att hitta bokstäver, att veta hur bokstäverna ser ut och i vilken ordning de skall placeras för att få ett ord, och att använda olika regler för stavning. Vid problem med läsning kan personen ha svårt att skilja bokstäver från varandra, att sätta samman bokstäver till ord och att läsa dem. Genom att siffror också är symboler och betyder något så kan personen ha

svårt att säga, läsa och skriva siffror. Detta medför problem om personen ska betala räkningar, och får svårt att förstå klockan. (Jönsson, 2012, s. 208-210)

#### **4.2.2 Rehabilitering av afasi**

I och med att det inte finns någon medicinering mot afasi, så försöker man förstärka och stötta de språkliga processer som finns genom terapi. De viktigaste metoderna är att underlätta språkliga processer med hjälp av olika terapiprogram, men också genom att aktivera språkanvändningen. Ifall framstegen är få efter rehabilitering kan man försöka ta i bruk olika kommunikationshjälpmedel. Det finns nu för tiden många olika hjälpmedel som kan underlätta för en patient med afasi, några exempel på dessa är talsyntes, läspenna, fickminne, talbok och talande klocka, kommunikationsbok med bilder, mobiltelefoner och surfplattor som har inbyggda funktioner som kan fungera som hjälpmedel för personer med afasi.

Afasiterapi kan indelas i tre huvud skeden. Under de tre första månaderna försöker man aktivera och öva upp den språkliga förmågan så att personen kan vara i samspel med andra människor. Under det andra skedet fortsätter den språkliga träningen och man försöker att få tillbaka så mycket färdigheter som möjligt i tal, läsning och skrivning, men även att personens ska förstå tal. Det tredje skedet handlar om att man försöker stabilisera kunskapen. Målet är att börja tillämpa de ny inlärd funktionerna i vardagssituationer. Detta sker bland annat genom gruppterapi.Handledning av både patienten och patientens familj är viktigt under alla dessa tre skeden. (Afasiförbundet, u.å., rättigheter och stöd - hjälpmedel; Papunet, (u.å), kommunikationsmetoder.)

För att rehabilitera en patient med afasi måste man noggrant bedöma om det finns någon förutsättning för att rehabiliteringen skall vara lyckad, därför måste man fundera på om det är möjligt att rehabilitera personen i fråga eller inte. Nästa steg, om man ansett att personen är möjlig att rehabilitera, är att fundera ut vilken typ av rehabilitering som skall göras. Man bör också ta reda på vad som händer efter att patienten utskrivs, bor de hemma, har de anhöriga som kan ta hand om dem, är boendet anpassat för dem? Det som man främst försöker uppnå vid en rehabilitering av en person med afasi är att förbättra personens kommunikationsförmåga och att förbättra dennes psykosociala funktion. Det finns några riktlinjer som man kan följa för att få till en så bra språkträning som möjligt för en afasipatient, några av dessa är att man skall försöka få patienten att ta eget ansvar och hitta motivationen, sätta upp olika mål som personen stegvist kan uppnå, ha omväxlande

träningsprogram, vara anpassat till patientens behov, vara stimulerande. (Borenstein, 1988, s.118-120, s. 122-124)

Personer som man misstänker lider av någon form av kommunikationsstörning efter att de har insjuknat i stroke, borde få bedömning av en logoped. Logopeden brukar vid det första besöket försöka fastställa en diagnos och också bestämma graden och typen av störning. Logopeden gör olika typer av tester på patienten för att undersöka språk och talmotoriken, mentala funktioner. När man kommit fram till någon form av resultat kommer man ge information till endera patienten själv (om det är möjligt) eller till anhöriga eller personalen. Man ger bland annat information om svårigheterna, prognosen, hur man ska kommunicera med personen med afasi samt råd om vilka typer av stimulans som kan hjälpa språket hos patienten. (Jönsson, 2012, s. 218-220)

#### **4.2.3 Bemötande av patient med afasi**

Det man ska komma ihåg när man kommunicerar med en afasipatient är att man alltid bör visa att man har gott om tid, på grund av att stress kan få den drabbade att kommunicera sämre. Ha inte heller på någon tv eller radio som kan störa kommunikationen, miljön borde vara tyst och lugn. Man skall försöka att inte prata allt för länge då personer med afasi oftast blir trött snabbare än vanligt, och komma ihåg att alltid berömma och uppmuntra då en med afasi försöker kommunicera. Om en person med afasi har svårt att förstå vad man säger finns det några regler man kan försöka tänka på. Dessa är till exempel att tala om endast en sak åt gången, visa/peka på saker man pratar om för att personen lättare skall kunna förstå, ha ögonkontakt, tala långsamt men inte släpigt, ta längre pauser mellan ord och fraser, tala tydligt och använd enkelt språk, tala kraftigare, använd hela och enkla meningar och upprepa det men andra ord och använd gester. Har den afasidrabbade svårt att tala kan man ställa frågor som denne lätt kan svara på med ”ja” eller ”nej” alternativ. Om den drabbade har svårt att hitta substantiv men har lättare för att använda verb så kan man ha personen att förklara hur man använder saken de försöker hitta namnet på. (bilaga 4) (Jönsson, 2012, s. 210-213)

### **4.3 Andra kommunikationsstörningar**

Under denna rubrik tas det kort upp om några andra kommunikationsstörningar utöver afasi som en strokepatient kan drabbas av.

#### **Apraxi**

En person som drabbats av apraxi har svårigheter med att förstå tal, kan missuppfatta vad ord betyder, har svårt att förstå vad olika substantiv, verb och adjektiv betyder. Vissa personer kan även ha svårt att förstå långa meningar. På grund av dessa problem så kan mycket problem uppstå, andra personer kan uppfatta den drabbade som förvirrad, minneslös eller negativ då denne inte gör som man säger. (Jönsson, 2012, s. 208-210)

#### **Läs-, skriv- och räkne- svårigheter**

En afasidrabbad person har nästan alltid svårt med att kunna läsa och skriva, det hjälper sällan att man har personen att skriva ordet han/hon vill säga eller att ha denne att läsa av ett ord man försöker säga. Då personen försöker skriva så kan denne ha problem med att hitta bokstäver, att veta hur bokstäverna ser ut och i vilken ordning de skall placeras för att få ett ord, och att använda olika regler för stavning. Vid problem med läsning kan personen ha svårt att skilja bokstäver från varandra, att sätta samman bokstäver till ord och att läsa dem. Genom att siffror också är symboler och betyder något så kan personen ha svårt att säga, läsa och skriva siffror. Detta medför problem om personen ska betala räkningar, och får svårt att förstå klockan. (Jönsson, 2012, s. 210)

## **5. Undersökningens genomförande**

Undersökningen görs med en kvalitativ datainsamlingsmetod där skribenten samlar in material från skrivna texter i böcker, internet och tidskrifter för att på så sätt få fram det

material som behövs för att skriva arbetet. Materialet analyseras med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet från artiklarna och studierna kommer att sammanfattas i en översiktsartikel för att få en lättare överblick över resultatet.

## **5.1 Kvalitativ metod**

En kvalitativ datainsamlingsmetod innebär att skribenten samlar in material och kunskap för att lättare kunna förstå de forskningsfrågor som man har tänkt studera. Avsikten med denna metod är att kunna visa olika sammanhang och mönster i den litteratur och i det material man hittat. Till denna insamlingsmetod hör bland annat skrivna texter, berättelser och intervjuer. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 131)

## **5.2 Innehållsanalys**

Den kvalitativa innehållsanalysen används för att systematiskt och stegvist klassificera texter och kan vara endera induktiv eller deduktiv. Med en induktiv innehållsanalys analyserar man texter fördomsfritt medan man med en deduktiv analysmetod analyserar sitt material utifrån en modell, teori eller mall. En text kan ha flera olika tolkningar som kan vara rätt, detta beror helt och hållet på hur läsaren tolkar det denne läser. Den kvalitativa innehållsanalysen kan bestå av till exempel observationstexter, intervjuer och dokument. Till dokument hör till exempel dagböcker, journaler. För att man skall kunna analysera något till sin studie bör studien ha ett syfte som hela analysen utgår ifrån.

Det finns några steg i hur man skall utföra en innehållsanalys; man börjar med att läsa texten/texterna och analysera dem ett par gånger, detta för att bekanta sig med materialet man har samlat in. Sedan fortsätter man med att fundera på vad texterna handlar om och se om det finns några gemensamma teman mellan texterna. Nästa steg är att placera dessa teman i kategorier och sedan undersöka om dessa kategorier kan sammanfattas i något tema. Sista delen är att tolka det resultat man fått fram, samt att diskutera det. (Granskär & Höglund-Nielsen, 2008, s. 159-160; Henricson, 2012, s. 330-332, 339; Forsberg & Wengström, 2013, s. 151-152, s. 167)

### 5.3 Översiktsartikel

Varje artikel som valts till ett arbete skall noggrant läsas igenom och sedan beskrivas i detalj. Det som bör framkomma i översiktsartikeln är författarens namn, titeln på artikeln, publicerings år, eventuella frågeställningar, design, urval, bortfall, datainsamlingsmetoder, resultatet och slutsatser. En tydlig struktur är att föredra, då detta gör det lättare för läsaren att läsa. (Forsberg & Wengström, 2013, s. 164-165)

### 5.4 Etiska överväganden

*Forskningsetik är de etiska överväganden som görs inför och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete.* (Henricson, 2012, s. 70)

Det finns riktlinjer för hur en forskning bör göras och vad som inte får förekomma i en forskning. Det som inte får förekomma i en forskning är bland annat plagiat, stöld, förvrängningar i forskningsprocesserna och att inte ange källor. De källor och studier som man använder sig av bör ha fått tillstånd av en etisk kommitté eller att det har gjorts noggranna etiska överväganden. Arkivering i tio år av de artiklar och källor som man använt sig av och som ingår i litteraturstudien borde också göras, men man bör även redovisa alla artiklarna i studien. En forskare får inte endast redovisa de resultat som stöder den egna åsikten, både stödande och det som inte stöder forskarens teori måste tas med i resultatet för att den skall anses vara etiskt korrekt. Ett problem som kan uppstå vid en litteraturstudie är att mycket av materialet som skall undersökas och genomgås är på engelska, och om forskaren inte har tillräckliga kunskaper i språket så kan snabbt misstag ske i form av feltolkningar. (Henricson, 2012, s. 86; Forsberg & Wengström, 2013, s. 69-70)

## 5.5 Undersökningens praktiska genomförande

Sökandet av artiklar påbörjades på EBSCO och de nyckelord som användes var Aphasia AND Rehabilitation. Gränsen sattes för artiklar från år 2010 fram till år 2015 och på detta sätt kom det upp 290 stycken träffar. Rensningen påbörjades och märkbart många av artiklarna handlade om ämnen som inte var av intresse för detta arbete, eller som inte alls hade med sökorden att göra, så dessa valdes bort. De som istället togs fasta på var de artiklar som handlade om afasi och språkliga rehabiliteringar. Därefter togs de som verkade vara av värde fram, och även här skedde en utrensning av de artiklar som inte hade något med ämnet att göra eller som inte var av intresse för just detta arbete. Slutligen fanns 26 stycken artiklar kvar som ansågs vara viktiga för arbetet, och av dem valdes de bästa för ändamålet ut. Även på CINAHL gjordes sökningar med orden Afasi AND rehabilitering. Här sattes också gränsen för artiklarnas publiceringsår från 2010 till 2015. Sökningen gav tre träffar. En ny sökning på samma portal med samma årtal gjordes, men denna gång med orden Afasia AND kuntoutus. Denna sökning gav inga träffar så begränsningen av årtalen togs bort, men resultatet uteblev även då. Manuell sökning i tidskriften "vård i Norden" gjordes, de tidningar som lästes genom var från år 2010 fram till 2015, inga resultat om det valda ämnet hittades där heller.

13.5.2015 gjordes nästa sökningar, årtalen gränsades till 2010-2015 i alla sökningar. Sökningen begränsades ytterligare genom att välja "peer reviewed", "full text" och "pdf full text". Sökningen gjordes i både EBSCO Academic Search Elite och i EBSCO CINAHL. Ord som användes var afasi, aphasia, afasia, itsehoito, egenvård, self-care och self care i olika kombinationer. Totalt hittades 21 artiklar som kunde vara intressanta för arbetet.

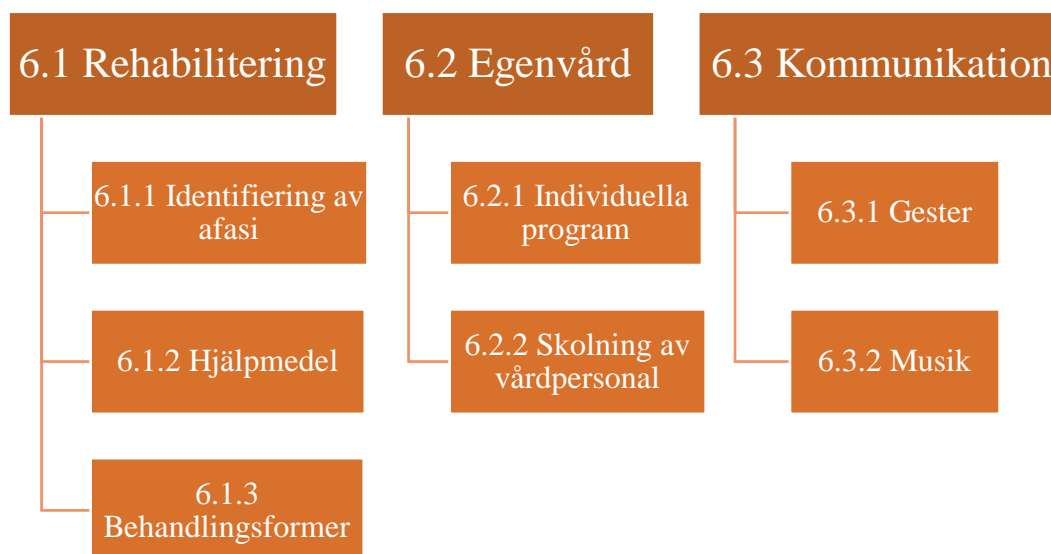
Sökningarna har sammanfattats i en tabell (bilaga 5).

## 6. Resultatredovisning

I detta kapitel redovisas och analyseras de forskningar och artiklar som finns i översiktsartikeln (bilaga 1). Det har vuxit fram tre olika huvudkategorier under



genomgången av studierna och artiklarna. Under var och en av huvudkategorierna har det vuxit fram ett par underkategorier. För en lättare överblick av det resultat som fåtts fram, finns det en karta (se figur 1) över analysens resultat och innehåll.



Figur 1

## 6.1 Rehabilitering

Patienter som inte kan kommunicera och berätta vad de känner, har en ökad risk att drabbas av olika former av komplikationer, till exempel depression. Dessa patienter har även en större risk att få sämre rehabiliteringsresultat och även mortaliteten (dödligheten) hos dessa är förhöjd. På grund av detta är rehabiliteringen av personer med afasi mycket viktig. (Poslawsky, m.fl., 2010, s. 17-32)

### 6.1.1 Identifiering av afasi

För att identifiera afasi undersöks bland annat kommunikationsmöjligheterna hos personen. En snabb identifiering av afasi hos en patient kan vara avgörande för rehabiliteringsresultat. För att man skall kunna identifiera afasin kan man använda sig av olika instrument. De som anses vara mest användbara för sjukskötare är FAST (=Frenchay Aphasia Screening Test) och UAS (=Ullevaal Aphasia Screening). FAST är ett snabbt och enkelt sätt för vårdare

att upptäcka afasin hos en patient. UAS är ett verktyg speciellt framtaget för sjukskötare, och baserar sig på FAST. UAS fokuserar på att identifiera afasi i det akuta stadiet efter en stroke, och även detta verktyg är ett snabbt sätt att upptäcka afasi hos patienter. (Poslawsky, m.fl., 2010, s. 17-32)

### 6.1.2 Hjälpmedel

Det finns olika typer av hjälpmedel som kan underlätta för rehabiliteringen av en person med afasi. Några av dessa kommer tas upp i denna underkategori, bland annat magnetisk stimulering och teknik (ex. Datorer).

Behandling med lågfrekventa magnetiska stimuleringar, t.ex. rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation), har av flera studier kunnat påvisas ha positiv inverkan på lokala neurologiska aktiviteter i hjärnan. Det har visat sig att språkfunktionen hos patienter som haft stroke och har kronisk afasi har förbättrats efter att man behandlat dem med magnetisk stimulering i den högra hjärnhalvan. Genom att kombinera denna behandling med en intensiv talterapibehandling så har man i studien kunnat påvisa förbättrade resultat i kommunikation och i att förstå och svara rätt på frågor som ställs. (Kakuda, m.fl., 2011, s. 1242–1248)

Studier har visat hur effektiv datoranvändning kan vara för personer med afasi då de skall öva på sina hemuppgifter de fått under sina terapier. Dataterapi är en accepterad behandlingsform av personer som redan tidigare genomgått språk och talterapi. Det finns ett datorprogram, StepbyStep, som tagits fram för dataterapi behandling. Med detta program följer man olika övningar steg för steg, man kan lyssna på ord, sätta in bilder för att få egna personliga ord osv. Största delen av personerna som deltagit i studien tyckte om att använda sig av datorer vid talterapi. Man har påvisat ett förbättrat språk och en förbättring i hur de använder språket i det vardagliga livet. För att bra resultat skall fås så bör man vara motiverad. Något som kan öka motivationen hos de som deltar är personliga övningar som kan användas i det vardagliga livet. (Palmer, m.fl., 2013, s. 508–521)

Det man först och främst vill göra vid rehabilitering av en person med afasi är att förbättra kommunikationsmöjligheterna för dem, samt att förbättra det sociala deltagandet. Flertal datorprogram har skapats genom åren för att speciellt användas vid rehabilitering av personer med afasi. Exempel på dessa program är StepbyStep och Linguagraphica. Studier visar att de databehandlingsformer som fokuserar på att konstruera meningar, hitta

ord, att läsa och att skriva, har haft en positiv effekt på de medverkande. Det har också kunnat påvisas att de personer som både fått databehandling och den vanliga terapiträningen, har förbättrats bättre i de språkliga funktionerna än de som endast erhållit en vanlig terapiträning. Nu för tiden har det kommit många olika program som man kan ladda ner till sina datorer, telefoner och surfplattor som kan hjälpa en med afasi att kommunicera bättre. (van de Sandt-Koenderman, 2011, s. 21-27)

Användning av mobiltelefoner och deras textningsprogram har mer och mer börjats prövas som en behandlingsform för personer med afasi. Träning av ord och kommunikation kan vara lättare då man på telefonen kan se bokstäverna som finns. Vissa telefoner har funktioner som minns de ord och de kombinationer man tidigare använt sig av, och detta kan också underlätta vid textskrivningen. I studien i artikeln har man tagit ord som det går att göra bilder av, och använt sig av dessa till behandlingen. Orden var sådana som personen kan använda sig av i det dagliga livet och som har betydelse för denne, till exempel namn på familjemedlemmar (bilder på dessa), hobbyer. Behandlingen gavs två gånger i veckan, en timme var gång och i tretton veckor. Resultatet visade förbättring i stavning och i att hitta rätta ord. (Beeson, m.fl., 2013, s. 945-955)

### **6.1.3 Behandlingsformer**

VER (Very Early Rehabilitation) är en rehabiliteringsform som går ut på att man så tidigt som möjligt skall ge patienten rehabilitering. En tidig terapibehandling inom rätt tid och med rätt intensitet är genomförbart och välgörande för människor med lätt till medelsvår afasi. För att en spontan tillfriskning skall kunna se föreslås att man använder sig av ökad afasiterapi (som är intensiv, frekvent och ofta) i ett tidigt skede. Studier har visat att de som erhållit en tidig rehabilitering har fått bättre resultat i förmågan att kommunicera än de som har erhållit en traditionell, vanlig rehabiliteringsform. Det rekommenderas att man behandlas med 45-60 minuters afasiterapi varje dag, och detta borde påbörjas under de två första veckorna efter man fått en stroke. (Godecke, m.fl., 2014, s. 149-161)

## 6.2 Egenvård

Egenvård handlar om människors tro på sin egen kapacitet att kunna prestera och påverka sitt liv. Genom att tro på egenvård så kan människors mående, tänkande och motivation påverka positivt på deras hälsa. (Jones & Riazi, 2011, s. 797-810)

Egenvård handlar även om att individer tar ansvar för sin egen hälsa. Hit hör bland annat att utöva sådana aktiviteter som håller igång både den fysiska och den psykiska hälsan, vanor som förebygger sjukdomar och olyckor, att använda mediciner vid behov. (Joice, 2012, s. 39-46)

### 6.2.1 Individuella program

SSMP är förkortning för ”stroke self-management program” och i studien har man undersökt en ny typ av detta program som kallas ”Bridges SSMP”. Detta program går ut på att patienterna har en arbetsbok som innehåller bland annat egna självständiga övningar och aktiviteter, och planer för framtida mål. Till programmet hörde också att man som patient fick tillfälle att prata med någon vårdpersonal ensam. Tiden för när detta program skulle påbörjas för en insjuknad patient var viktigt att skedde vid rätt tillfälle för varje enskild person. Programmet påbörjades i det skedet då patienterna hade accepterat sin sjukdom och var redo att ta ansvar igen. (Jones, m.fl., 2013, s. 91-99)

Individuella planer och program för patienter med stroke borde göras genom att man först funderar ut vad patienten har för mål och hur dessa mål skall kunna uppnås. Något som man kommit fram till att kan påverka hur snabbt målen uppnås är hur många olika personer som är involverade i programmet (ju färre desto bättre) och hur länge man tränar på dem. Det rekommenderas att lektionerna borde vara mellan 15-20 minuter per gång. Instruktioner skrivna med större text kan också vara lättare för patienterna att förstå, skriver man. (Cameron, 2013, s. 51-55)

En metod för att få patienter att själva aktivt delta i sin vård är genom CCSCI (Client-centred self-care intervention = klient-centrerad egenvårdsintervention). Denna metod går ut på att försöka få patienten att hitta och sätta egna mål som de vill uppnå. Målen får de sedan hjälp av en vårdare att hitta ett sätt lämplig sätt att uppnå målen genom. Man gör upp en plan tillsammans och en strategi för att lättare uppnå målet, och senare diskuterar man och

utvärderar hur och om planerna och strategierna gått att följa och uppnå. (Guidetti, m.fl., 2010, s. 276-285)

För en optimal behandling av patienter med LTNC (long term neurological conditions = långvariga neurologiska tillstånd) rekommenderas att man på olika sätt utformar vårdplanen utifrån patientens egna behov. Det rekommenderas också att patienten har regelbunden kontakt med olika grupper inom vården. En behandlingstid på fyra veckor med ett specialanpassat program för patienten kan leda till förbättringar för patienten. (Chaplin, m.fl., 2013, s. 250- 257)

Det finns många olika individanpassade rehabiliteringsprogram för olika typer av sjukdomar och tillstånd. Något som man märkt är att strokepatienter kan ha problem med att helt klara av att delta i programmen. Detta på grund av kognitiva problem och kommunikationsproblem. Något som finns i de flesta egenvårds program är att patienterna själva skall sätta upp mål åt sig och försöka nå dessa mål. (Lennon, m.fl., 2013, s. 867-878)

### **6.2.2 Skolning av vårdpersonal**

Genom att skola vårdpersonal om egenvård vid stroke, så kan man förändra deras attityder och tro på detta. Man gav i artikeln vårdpersonal skolning om SSMP (Stroke Self-Management Program) och om hur programmet fungerar, metoder av inläring och hur träningen inverkar. (Jones, m.fl., 2012, s. 514-516)

Det är viktigt som vårdare att komma ihåg att inte enbart lägga vikt på att få en patient med stroke att återhämta sig fysiskt. De sociala och psykologiska återhämtningarna är även de viktiga för att helt kunna återhämta sig från sin sjukdom. Vårdpersonal beskrivs som de som bland annat står för omvårdnaden, ger råd och information och har hand om rehabiliteringen för att kunna upprätthålla en rehabiliterande vård för patienten. Vårdpersonalen spelar en viktig roll i rehabiliteringen och har också en stor roll vid egenvård hos patienter. Vårdarna kan hjälpa patienterna att träna på viktiga övningar som kan underlätta det dagliga livet, så som att klä på sig själv, äta och dricka själv, men även att prata och kommunicera med patienten angående till exempel symtom som uppkommit efter stroke. (Korpershoek, m.fl., 2011, s. 1876-1894)

## **6.3 Kommunikation**

### **6.3.1 Gester**

Gester använder man för att få ett så naturligt tal som möjligt. De hjälper till att klargöra och komplettera det som vill berättas till åhörarna. Genom att använda gester så ges samtidigt också mer information om det som berättas. Många personer som drabbas av afasi kan få problem med att använda sig av gester under uppmaning. Det framkommer i många studier att patienter med afasi kan lära sig att producera och använda gester, men man måste tänka på att de gester de lär sig är av nytta i det dagliga livet. Även de patienter som har svår afasi kan lära sig att använda gester på ett begripligt sätt, men något man bör tänka på då är att framstegen kan vara långsamma och förbättringen av de inlärdade gesterna är beroende av patienten. (Daumüller, & Goldenberg, 2010, s. 55–65)

Personer med afasi försöker ofta använda sig av gester för att få fram vad de vill säga. Ibland kan problem uppstå då olika personer använder sig av olika tecken för att förklara samma saker. Beroende på hur svår afasi personen har, så använder man sig av olika typer av gester. Personer med lindrigare afasi använder sig av mer beskrivande gester än vad de med svårare afasi gör, medan de med svår afasi oftare använder sig av gester där man pekar på olika saker. Studien i denna artikel visar att det är svårare att förstå gester som en person med afasi använder sig av, än att förstå gester som en person utan afasi använder. (Mol, m.fl., 2013, s. 1224–1236)

### **6.3.2 Musik**

Positiva resultat har blivit rapporterade om MIT (Melodic intonation therapy = melodisk ton terapi) hos vissa patienter med afasi. Detta handlar om att man har använt sig av personens förmåga att sjunga för att få fram ett funktionellt språk. MIT är en behandling som kombinerar melodier med ord och fraser, för att på så sätt få fram vad som vill bli sagt. Man överväger i nuläget att rekommendera MIT för patienters rehabilitering, men detta i så fall tidigast efter ett halvt år efter en stroke. Man har påbörjat en modifierad version av MIT, denna metod kallas MMIT, modified melodic intonation therapy (= modifierad melodisk ton terapi) som handlar om att terapeuten lagar en individuell behandlingsplan för patienten som bäst passar för personen. (Conklyn, m.fl., 2012, s. 1463–1471)

## 7. Tolkning och resultat

Tolkningen och analyseringen görs utifrån det resultat som fått fram i forskningarna i kapitel 6, och kommer att tolkas och analyseras utgående från kapitel 3 och dess teoretiska utgångspunkter. Från den teoretiska bakgrunden i kapitel 4 kommer även vissa tolkningar och analyser göras.

### 7.1 Rehabilitering

Poslawsky, I. m.fl. (2010) anser att man för att kunna rehabilitera en patient bör identifiera deras sjukdomar och problem. För att identifiera afasi finns vissa användbara hjälpmedel. FAST (=Frenchay Aphasia Screening Test) och UAS (=Ullevaal Aphasia Screening) används oftast av sjuksköterskor vid identifiering av afasi.

För att rehabiliteringen skall fungera kan man använda sig av olika typer av hjälpmedel. Kakuda, W. m.fl. (2011) beskriver rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation) som en metod som prövats för att försöka förbättra språk- och kommunikationsförmågan hos personer som har afasi, men även talterapi behövs.

Många nya behandlingsformer har växt fram, där användning av datorer och andra tekniska hjälpmedel (till exempel mobiltelefon) är en central del i rehabiliteringen. Detta skriver Palmer, R. m.fl. (2013), van de Sandt-Koenderman, M. (2011) och Beeson, P. m.fl. (2013) om. Med hjälp av dessa hjälpmedel kan patienterna lätt öva på uppgifter och läxor hemma som de fått av de som utformat behandlingarna för dem. I många fall har man kunnat visa en del förbättringar genom användning av tekniska hjälpmedel. Till program som kan laddas ner till datorer och liknande, hör bland annat StepbyStep. Användning av bilder för att underlätta lärande av ord används också i vissa studier. Även de har i vissa fall kunnat påvisa förbättringar. Bilder som använts har bland annat varit bilder på familjemedlemmar.

Beroende på i vilket skede rehabiliteringen sätts in så kan man till viss del också påverka hur resultatet av rehabilitering blir. Ett program som använts är VER (very early rehabilitation)

som går ut på att man vill påbörja rehabiliteringen så snabbt som möjligt. Den rätta tidpunkten kan dock variera från individ till individ, skriver Godecke, E. m.fl. (2014).

Kirkevold, M. (2000) skriver om Orems teori om egenvård att professionella hjälpare, till exempel sjuksköterskor, behöver använda sig av fem olika hjälpmetoder för att vårda en annan person. Dessa metoder handlar om att handleda eller själva utföra vården för en person, vägleda en annan människa, stötta personen både fysiskt och psykiskt, skapa en miljö som är utvecklande och undervisa en annan människa.

För att en person skall kunna rehabiliteras så bör en vårdare eller en annan form av professionell hjälpare hjälpa till att handleda patienten, förklara hur och varför de bör göra vissa saker på ett visst sätt. Att stötta patienten och på bästa sätt försöka skapa en utvecklande miljö är också mycket viktigt för att patienten skall kunna rehabiliteras på ett så bra sätt som möjligt. Om patienten inte får den hjälp och den handledning som denne behöver, så kommer det bli svårt för patienten att rehabiliteras och rehabiliteringsmöjligheterna för denne försämras till följd av detta.

## 7.2 Egenvård

Vid egenvård finns det flera program som man kan använda sig av för att utforma ett eget individuellt program för patienten. Individualitet är en viktig del för att få patienterna att själva vilja delta i sin vård. Jones, F. m.fl. (2013) skriver bland annat om programmet SSMP (stroke self-management program) som kan användas för att få patienten att sätta upp egna mål och aktivt delta i vården. Det är inte enbart i detta program som man tar fast på mål som patienten har. I de flesta egenvårdsprogram som kom upp var de individuella målen en viktig byggsten i vården. En viktig del är också att vårdare eller de som utför rehabiliteringen med patienten hjälper dem att uppnå sina mål och att utvärdera. Kontakt med vårdpersonal är viktig för att egenvården skall fungera effektivt. Cameron, V. (2013), Guidetti, S. m.fl. (2010), Chaplin, H. m.fl. (2013) och Lennon, S. m.fl. (2013) skriver alla om vikten av individuellt utformat program.

För att vårdpersonalen skall kunna ge stöd och hjälp till egenvård hos patienter bör även vårdarna känna till de olika programmen och själva tro att egenvård kan fungera. Detta kan



man uppnå genom att skola sin personal på att förstå programmens funktion och utformning. Det är också viktigt att vårdpersonalen inte enbart fäster sig vid den fysiska återhämtningen, utan även hjälper patienten med sina psykiska och sociala problem. Jones, F. m.fl. (2012) och Korpershoek, C. m.fl. (2011) skriver båda om hur viktigt det är att skola vårdpersonalen.

Kirkevold, M. (2000) skriver att för Dorothea Orem är egenvård någonting som är frivilliga och medvetna handlingar som görs enligt ett mönster och i en skild ordningsföljd. Dessa handlingar är någonting som individer gör för sin egen skull för att kunna upprätthålla livet, hälsan och välbefinnandet och är målinriktade för att möta personens krav på egenvård. Man brukar dela in egenvården i tre olika faser: *värderingsfasen*, *planeringsfasen* och *genomförandefasen*. Tillsammans kommer dessa tre faser att bilda en handlingsprocess som är målinriktad.

För att kunna utföra egenvård bör vårdare hjälpa patienten att gå igenom alla tre faser som Orem beskriver. Vårdaren bör försöka hjälpa och handleda patienten och uppmuntra dem. Om patienten inte får hjälp och handledning redan i den första fasen så kan detta resultera i att de resterande två faserna aldrig nås.

### 7.3 Kommunikation

Studier gjorda av Mol, L. m.fl. (2013) och Daumüller, M. m.fl. (2010) visar att gester används för att få ett så naturligt tal som möjligt och hjälper till att klargöra och komplettera det man vill berätta och används ofta av personer med afasi. Patienter med afasi kan lära sig att producera och använda gester med hjälp av träning, men problem kan uppstå då olika personer har olika gester man använder sig av för att beskriva till exempel en tröja. Patienter med svår afasi kan lära sig att använda gester men framstegen kan vara långsammare och de eventuella förbättringarna beror på från patient till patient. Dessa patienter med svår afasi brukar oftast använda sig av gester för att visa och peka på olika saker, medan de med lindrig afasi använder gester som beskriver. Det är svårare att förstå gester som en person med afasi använder sig av, än att förstå gester som en person utan afasi använder.

Conklyn, D. m.fl. (2012) skriver om MIT (melodisk ton terapi) som genom personers förmåga att sjunga fås fram ett fungerande språk att kommunicera genom. MIT används

genom att man kombinerar olika melodier med ord och fraser. Det finns en modifierad version av MIT: MMIT (= modifierad melodisk ton terapi). MMIT fungerar på så sätt att terapeuten lagar en individuell behandlingsplan för patienten utgående från dennes behov.

Jönsson, A-C. (2012) skriver om hur man borde bemöta en person med afasi. Detta finns sammanfattat i bilaga 4. För att underlätta för personen med afasi borde man inte prata om flera saker på samma gång. Gester kan underlätta, till exempel genom att man pekar och visar på saker man pratar om. Pauser mellan ord och ett tydligt, enkelt språk kan underlätta för personen att förstå vad som menas. Ögonkontakten är också det en viktig sak att tänka på.

Genom att man använder sig av gester och hittar på olika handrörelser för att lättare kommunicera med en person med afasi, så kan man få denne att förstå vad man menar bättre. Genom att också lära personen gester och liknande, så kan denne på ett lättare sätt göra sig förstådd och kommunicera med omgivningen. Detta kan i bästa fall resultera i att personen känner att de är en del av gemenskapen i en grupp.

## **8. Kritisk granskning**

Skribenten har under detta kapitel kritiskt granskat sin studie utgående från Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier. De kriterier som skribenten valt är intern logik, etiskt värde och empirisk förankring.

### **8.1 Intern logik**

Intern logik är enligt Larsson (1994, s. 168-170) att frågeställningarna man har ska styra de dataanalysmetoder och datainsamlingsmetoder man kommer använda sig av. I detta examensarbete är frågeställningarna dessa: Hur ser rehabiliteringen av en patient med stroke och afasi ut? Hur kan en person med afasi och stroke utföra egenvård?

Under hela examensarbetets gång har skribenten utgått från frågeställningarna och på detta sätt fått en röd tråd genom hela sitt arbete. Examensarbetet gjordes som en litteraturstudie för att få fram svaren på frågeställningarna, och har i resultatet kunnat påvisa hur rehabiliteringen kan se ut och hur egenvård fungerar och kan göras för att fungera på ett effektivt sätt.

## **8.2 Etiskt värde**

Larsson (1994, s. 171-172) menar att en studie som är vetenskaplig ska vara etiskt rätt och man ska noggrannt fundera om den nya kunskapen är viktigare än att skydda individer som deltagit i studien, och deras identiteter. Man får inte undvika att berätta viktig fakta bara för att det inte passar in i arbetet och man får inte heller hitta på egen fakta.

Skribenten i detta examensarbete har inte avslöjat identiteten hos någon av personerna som deltagit i studierna, och skribenten har inte heller lämnat bort viktig information eller hittat på eget material för att få fram ett resultat som är annorlunda än vad som egentligen kommit fram.

## **8.3 Empirisk förankring**

Larsson (1994, s. 180-183) skriver att empirisk förankring innebär att tolkningen och verkligheten stämmer överens med varandra. En text eller en verklighet är det tänkt att skall kunna tolkas på flera olika sätt, men detta betyder inte att alla tolkningar är bra och rätt. En empirisk studie bör ha flera olika källor och i tolkningen ska alla dessa källor bilda en utgångspunkt.

Skribenten tycker att hon har fått fram ett resultat från sina källor som stämmer överens med verkligheten. Hon har använt sig av flera olika källor för att få fram resultatet i sitt arbete, och hon har jämfört dessa källor med varandra för att undersöka så de överensstämmer med varandra.

## 9. Diskussion

Syftet med detta arbete var att klargöra hur en rehabilitering för patienter som har afasi ser ut, och även hur egenvård hos en afasipatient kan tillämpas. Frågeställningarna i arbetet var: Hur ser rehabiliteringen av en patient med stroke och afasi ut? Hur kan en person med afasi och stroke utföra egenvård?

Skribenten samlade in allmän information om både stroke och afasi, och letade sedan efter artiklar och forskningar som kunde vara relevanta för arbetet. Sökningarna gav många träffar, men ibland kunde samma artikel komma upp vid olika sökningar. Sökningar som innehöll ”stroke” gav också alltid flera träffar än om man sökte på ”afasi” på olika språk. Det var även mycket svårt att hitta artiklar från Finland och Norden, och i de få artiklar som hittades från Norden så var skrivspråket engelska. Skribenten skulle gärna se att forskare i Finland och i Norden även skulle ge ut sina artiklar på ett nordiskt språk, och inte enbart på engelska. Det skulle även vara intressant om någon skulle göra flera studier i Finland, eller i något annat land i Norden, om egenvård och rehabilitering vid afasi, men också studier om egenvård vid stroke skulle vara intressant.

Ämnet tycker skribenten att har varit mycket intressant att forska inom, hon har lärt sig mycket nytt som hon själv kommer ha mycket nytta av, och förhoppningsvis också uppdragsgivaren. Skribenten själv tror att hon kommer uppträda mer lugnt och inte skynda på personer som har afasi, som hon i framtiden kommer träffa på. Hon kan nu själv också mera aktivt delta i rehabiliteringen för dessa patienter, och även till viss del andra patienter med andra typer av hinder som kan påverkas av egenvård över lag.

Skribenten anser att hon svarat på sina forskningsfrågor och också fått fram information och svar på syftet hon hade.

## Källförteckning

- Afasiförbundet i Sverige, (u.å.), *rättigheter och stöd- hjälpmedel*. [online] <http://www.afasi.se/fakta/hjalpmedel-ok/> (Hämtat 26.5.2015)
- Beeson, P., Higginson, K. & Rising, K., 2013, Writing Treatment for Aphasia: A Texting Approach. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, volym 56, s. 945-955
- Borenstein, P., 1988, *Afasi diagnostik och rehabilitering*. Stockholm: Almqvist & Wiksell
- Cameron, V., 2013, Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review. *Medsurg nursing*, 22 (1), s. 51-55
- Conklyn D., Novak E., Boissy A., Bethoux F. & Chemali K., 2012, The Effects of Modified Melodic Intonation Therapy on Nonfluent Aphasia: A Pilot Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, volym 55, s. 1463–1471
- Chaplin, H., Hazan, J. & Wilson, P., 2013, Self-management for people with long-term neurological conditions. *British Journal of community Nursing*, 17 (6), s. 250- 257
- Daumüller, M. & Goldenberg, G., 2010, Therapy to improve gestural expression in aphasia: a controlled clinical trial. *Clinical Rehabilitation*, volym 24, s. 55–65
- Ericson, E. & Ericson, T., 2012, *Medicinska sjukdomar*. (4 uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3 uppl.) Falun: Natur & kultur
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B., 2008, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. [u.o]: Studentlitteratur
- Godecke, E., Ciccone, N., Granger, A., Rai, T., West, D., Cream, A., Cartwright, J. & Hankey G., 2014, A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a Very Early Rehabilitation programme following stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(2), s. 149-161
- Guidetti, S., Andersson, K., Andersson, M., Tham, K. & von Koch, L., 2010, Client-centred self-care intervention after stroke: a feasibility study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, nummer 17, s. 276-285

- Henricson, M., 2012, *vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. [u.o]: Studentlitteratur
- Joice, S., 2012, Self-management following stroke. *Nursing Standard* 26 (22), s. 39-46
- Jones, F., Livingstone, E. & Hawkes, L., 2013, 'Getting the Balance between Encouragement and Taking Over'-Reflections on Using a New Stroke Self-Management Programme. *Physiotherapy Research International*, nummer 18, s. 91-99
- Jones, F. & Riazi, A., 2011, Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), s. 797-810
- Jones, F., Waters, C., Benson, L., Jones, C., Hammond, J. & Bailey N., 2012, Evaluation of shared approach to interprofessional learning about stroke self-management. *Journal of Interprofessional Care*, nummer 26, s. 514-516
- Jönsson, A-C. (red), 2012, *Stroke – patienters, närståendes och vårdarens perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Kakuda, W., Abo, M., Momosaki, R. & Morook, A., 2011, Therapeutic application of 6-Hz-primed low-frequency rTMS combined with intensive speech therapy for post-stroke aphasia. *Brain Injury*, 25(12), s. 1242–1248
- Kirkevold, M., 2000, *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur
- Korpershoek, C., van der Bijl, J. & Hafsteinsdóttir, T.B., 2011, Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (9), s. 1876-1894
- Larsson, S., 1994, Om kvalitetskriterier i kvantitativa studier. Tillgängligt i: Starrin, B. & Svensson, P-G., 1994, *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Lennon, S., McKenna, S. & Jones, F., 2013, Self-Management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 27 (10), s. 867-878
- Mol, L., Krahmer, E., & van de Sandt-Koenderman, M., 2013, Gesturing by Speakers With Aphasia: How Does It Compare? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, volym 56, s. 1224–1236

Palmer, R., Enderby, P. & Paterson, G., 2013, Using computers to enable self-management of aphasia therapy exercises for word finding: the patient and carer perspective. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(5), s. 508–521

Papunet, (u.å), *kommunikationsmetoder*. [online]

<http://papunet.net/information/kommunikationsmetoder/kommunikationsrehabilitering/individuellt-talterapi/vid-afasi/> (Hämtat 26.5.2015)

Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T., 2010, A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, nummer 19, s. 17-32

Terént, A., 2007, *Stroke - hur man förebygger och behandlar*. Västerås: Ica Bokförlag

van de Sandt-Koenderman, M., 2011, Aphasia rehabilitation and the role of computer technology: Can we keep up with modern times?. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), s. 21–27

## Översiktsartikel

Författare, årtal	Titel, tidskrift	Syfte	Metod	Resultat
1.  Conklyn D., Novak E., Boissy A., Bethoux F. & Chemali K.  2012	The Effects of Modified Melodic Intonation Therapy on Nonfluent Aphasia: A Pilot Study  <i>Journal of Speech, Language, and Hearing Research</i> Volume 55, s. 1463–1471	Att bestämma de omedelbara effekterna av att introducera MMIT, modified melodic intonation therapy (= modifierad melodisk ton terapi) som en tidig ingripande hos stroke patienter som har Brocas afasi.	30 personer som överlevt stroke och drabbats av afasi grupperades. Ena gruppen behandlades med MIT och den andra inte (kontrollgrupp). Ett test före och ett test efter behandlingarna gjordes för att få fram resultat.	Redan efter första sessionen fanns det märkbara förändringar hos behandlingsgruppen. Även en märkbar förändring mellan gruppernas resultat fanns, där behandlingsgruppen hade bättre resultat. Vid en jämförelse mellan session 1 och 2 kunde man uppvisa att kontrollgruppens resultat inte hade förändrats.
2.  Daumüller M. & Goldenberg G.	Therapy to improve gestural expression in	Att undersöka om produktionen av kommunikativa gester kan förbättras med hjälp av	Tre grupper av gester, bestående av åtta olika gester per grupp, lärdes ut under tre perioder till	Terapin ledde till en betydande förbättring på de gester som man övade på. Även



2010	<p>aphasia: a controlled clinical trial</p> <p><i>Clinical Rehabilitation</i> volume 24, s. 55–65</p>	<p>terapi, undersöka faktorer som kan påverka individuella förändringar och ta reda på om terapi har någon effekt på gester som inte övats in.</p>	<p>en undersökningsgrupp. Med fanns också en kontrollgrupp.</p>	<p>förbättringar på gester som man inte övat in fanns.</p>
<p>3.</p> <p>Palmer R., Enderby P. &amp; Paterson G.</p> <p>2013</p>	<p>Using computers to enable self-management of aphasia therapy exercises for word finding: the patient and carer perspective</p> <p><i>International Journal of Language &amp; Communication Disorders</i>, 48(5), s. 508–521</p>	<p>Undersöka faktorer som kan påverka effektiviteten för självständiga, datoriserade terapi övningar för personer med afasi.</p>	<p>14 personer som drabbats av stroke för över sex månader sedan genomgick en datoriserad terapibehandling. En kontrollgrupp fanns också som erhöll en vanlig behandlingsform. Gruppen som erhöll datoriserad behandlingsform övade tre gånger i veckan i fem månader hemma.</p>	<p>Självständigheten, flexibiliteten och repetitions-möjligheterna var något bra enligt de som deltog. De personliga övningarna motiverade deltagarna att öva på sina uppgifter. De deltagande visade också förbättrade resultat i att hitta ord och i tal. Stödet som deltagarna fick från vårdare och frivilliga ansågs vara viktigt. Dock ansåg några deltagare att öga-mot-öga terapi var bättre, men att datoriserade övningar</p>

				för självständiga talövningar var ett accepterat alternativ.
4.  Mol L., Krahmer E., & van de Sandt-Koenderman M.  2013	Gesturing by Speakers With Aphasia: How Does It Compare?  <i>Journal of Speech, Language, and Hearing Research</i> Volume 56, s. 1224–1236	Studera gester och språkproduktionen hos personer med afasi. Ta reda på om gester kan kompensera det verbala språket och om personer med afasi och en kontrollgrupp använder sig av liknande gester.	Tre grupper, personer med svår afasi, personer med måttlig afasi och en kontrollgrupp fanns. Dessa grupper studerades och jämfördes.	Gester som producerades av personer med svår afasi var mindre informativa än de gester som personer med måttlig afasi producerade. De gester som producerades av personerna med svår afasi var ändå inte helt utan information.
5.  Kakuda W., Abo M., Momosaki R. & Morook A.  2011	Therapeutic application of 6-Hz-primed low-frequency rTMS combined with intensive speech therapy for post-stroke aphasia  <i>Brain Injury</i> , 25(12), s. 1242–1248	Undersöka säkerheten, genomförbarheten och effektiviteten av 6-Hz-lågfrekvent magnetisk stimulering (rTMS), kombinerat med intensiv talterapi för patienter som haft stroke och har kronisk afasi.	Fyra personer med vänstersidig stroke med afasi studerades. Under 11-dagar fick de under 18 tillfällen behandling med rTMS. Även intensiv talterapi en timme per dag gavs. Stimuleringarna gavs i den högra hjärnloben.	Undersökningen slutfördes utan att någon patient drabbades av negativa effekter av behandlingen. Varje patient visade en ökning i antalet rätta svar efter behandlingarna. Förbättringar hittades både i talförståelse och förmågan att

			Språkfunktionen bedömdes utifrån SLTA.	kunna hitta ord hos alla patienter.
6. van de Sandt-Koenderman, M. 2011	Aphasia rehabilitation and the role of computer technology: Can we keep up with modern times?  <i>International Journal of Speech-Language Pathology</i> , 13(1), s. 21-27	Diskutera vilka olika sätt datorer används inom rehabiliteringen av personer med afasi.	Undersökt forskningar och olika program som tagits fram för att rehabilitera personer med afasi.	Olika program för rehabiliteringen av personer med afasi hittades. Resultaten på underökningar om dessa program visade oftast att de varit effektiva och att de deltagande har fått bättre resultat/ fått lättare att kommunicera.
7. Poslawsky, I., Schuurmans, M., Lindeman, E. & Hafsteinsdóttir, T. 2010	A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia  <i>Journal of Clinical Nursing</i> , nr. 19, s. 17-32	Undersöka evidens om rehabilitering av strokepatienter med afasi i relation till vården med fokus på två teman: identifiering av afasi och effektiviteten med talterapi-behandling.	Undersöka publicerade studier med fokus på identifiering och behandling av afasipatienter efter en stroke. Sökningarna gjordes på Medline, CINAHL, PsycINFO,	Intensiv talterapi som påbörjades i det akuta stadiet efter att man haft en stroke, visade sig vara det bästa rehabiliteringssättet. Inte enbart talterapeuter behövde utföra terapin för goda resultat.

			Cochrane Database of Systematic Reviews.	
8.  Godecke, E., Ciccone, N., Granger, A., Rai, T., West, D., Cream, A., Cartwright, J. & Hankey G.  2014	A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a Very Early Rehabilitation programme following stroke  <i>International Journal of Language &amp; Communication Disorders</i> , 49 (2), s. 149-161	Visa att en preskriberad, standardiserad och intensiv tidig afasiterapiform (VER = very early rehabilitation) ger bättre resultat i kommunikation än en vanlig rehabiliteringsform ger.	Jämföra två grupper: en som erhåller en standardiserad, preskriberad tidig afasiterapiform, och en grupp som erhåller de vanliga terapiformerna. Jämförs under två tillfällen: efter 4-5 veckor efter stroke, och 6 månader efter.	De som erhöll VER fick vid första jämförelsen 18 % bättre resultat i AQ (Aphasia Quotient) och 1,5 % bättre resultat i DA (Communicative efficiency) än de som genomgått en vanlig behandlingsform. Vid andra jämförelsen hade VER också bättre resultat, 16 % i AQ och 0,6 % i DA.
9.  Beeson, P., Higginson, K. & Rising, K.  2013	Writing Treatment for Aphasia: A Texting Approach  <i>Journal of Speech, Language, and Hearing</i>	Att fastställa om omskolning kan uppnås genom användning av mobiltelefoner med textningsprogram, med mål	Ord valdes ut som skulle läras ut och man tog ut bilder av dessa ord. Orden var sådana som är viktiga i det dagliga livet och som har	Resultatet visade förbättring i stavning och i att hitta rätta ord. Personen föredrog att skriva för hand istället för att skriva på telefonen. Träningen resulterade dock i att personen

	<i>Research</i> , volume 56, s. 945-955	att använda sig av detta som kommunikationsmedel.	betydelse för personen. Behandlingen gavs två gånger i veckan, en timme var gång och i tretton veckor.	fortsatte att använda sig av mobiltelefonen ännu minst två år efter det att behandlingen avslutades.
10.  Jones, F., Waters, C., Benson, L., Jones, C., Hammond, J. & Bailey N.  2012	Evaluation of shared approach to interprofessional learning about stroke self-management  <i>Journal of Interprofessional Care</i> , nr. 26, s. 514-516	Beskriva utvärderingen av interprofessionell träning i egenvård vid stroke.	Skola vårdpersonalen i SSMP (Stroke Self-Management Program) om hur programmet fungerar, metoder av inläring och hur träningen inverkar.	Attityden och tron på egenvård hos vårdpersonal ändrades under skolningens gång.
11.  Jones, F. & Riazi, A.  2011	Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review.	Ta reda på hur rehabilitering med egenvård påverkar post-stroke, få fram evidens för att stöda användning av egenvårdsprogram som baserar sig på egenpåverkande principer hos	Systematisk översikt	Bevis hittades för att egenpåverkan kan vara en viktig del vid tillfrisknandet på många sätt. Till dessa delar hör bland annat livskvalitet, depression, fysisk funktion.

	<i>Disability and Rehabilitation</i> , 33 (10), s. 797-810	patienter som överlevt stroke.		
12. Guidetti, S., Andersson, K., Andersson, M., Tham, K. & von Koch, L. 2010	Client-centred self-care intervention after stroke: a feasibility study.  <i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i> , nr. 17, s. 276-285.	Utvärdera effekten av CCSCI (client-centred self-care intervention = en klient-centrerad egenvårds intervention) i det dagliga livet hos patienten, om vårdtyngden för vårdpersonalen påverkas och om designen på studien är genomförbar.	En grupp erhöll CCSCI och en kontrollgrupp erhöll en vanlig behandlingsform. Kontroller gjordes i början och i slutet av studien.	Efter tre månader hittades ingen större skillnad mellan startresultatet i patientens dagliga aktivitet för de som erhöll CCSCI. Vårdtyngden hos vårdare hade inte heller ändrats.
13. Cameron, V. 2013	Best Practices for Stroke Patient and Family Education in the Acute Care Setting: A Literature Review.  <i>Medsurg nursing</i> , 22 (1), s. 51-55.	Ta reda på bästa sättet att utbilda stroke patienter och deras familj i det akuta stadiet.	Litteratur studie	Patientundervisningen bör vara individualiserad. Det är viktigt för familjen att också få undervisning i risker som deras anhörig kan ha för att insjukna igen.

14.  Jones, F., Livingstone, E. & Hawkes, L.  2013	‘Getting the Balance between Encouragement and Taking Over’- Reflections on Using a New Stroke Self-Management Programme.  <i>Physiotherapy Research International</i> , nr. 18, s. 91-99	Utforska sammanhanget, personliga och professionella faktorer vid startandet av en träning när man använder en ny typ av stroke egenvårds program, Bridges SSMP (=Stroke Self-Management Programme).	Forskningsartikel	Vissa teman kom fram i flera program, bland annat timingen (när programmet påbörjas), tron på egenvård, målsättningar, balans och skillnader, samt svagheter med SSMP. Användning av mera djupgående reflektionsuppgifter var bra och verkade stöttande för viljan till egenvård efter stroke.
15.  Korpershoek, C., van der Bijl, J. & Hafsteinsdóttir, T.B.  2011	Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review.  <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 67 (9), s. 1876-1894	Att göra en översikt på litteratur med fokus på hur egenvård kan påverka rörligheten och aktiviteten i det dagliga livet, men även depression och livskvalitet hos patienter med stroke.	Systematisk undersökning	Egenvård var någon som var positivt associerat med livskvalitet, rörlighet och aktivitet i det dagliga livet hos personer med stroke. Negativa som kom upp var depression.

16.  Joice, S.  2012	Self-management following stroke.  <i>Nursing Standard</i> 26 (22), s. 39-46	Definiera konceptet egenvård och beskriva psykologiska teorier och olika tekniker för att förändra beteendet som vårdpersonal kan använda sig av för att främja positiv egenvård för patienter som har haft en stroke.	Översikts artikel	I resultatet fås det fram hur individer borde tänka angående sin hälsa och sjukdomar.
17.  Chaplin, H., Hazan, J. & Wilson, P.  2013	Self-management for people with long-term neurological conditions.  <i>British Journal of community Nursing</i> , 17 (6), s. 250- 257	Att ge en översikt om effektiviteten för self management interventions för patienter med LTNC (long term neurological conditions = långvariga neurologiska tillstånd), med speciell inriktning på bland annat stroke.	Översiktsartikel	Patient-anpassad program för patienter med LTNC kan vara till nytta i visa fall.



18.  Lennon, S., McKenna, S. & Jones, F.  2013	Self-Management programmes for people post stroke: a systematic review.  <i>Clinical Rehabilitation</i> , 27 (10), s. 867-878	Leta fram evidensbaserade egenvårdsprogram för stroke överlevare.	Systematisk undersökning	Fick fram preliminära stöd för betydelsen för egenvårds- program efter stroke.
---	---	---	-----------------------------	--

## Bilder

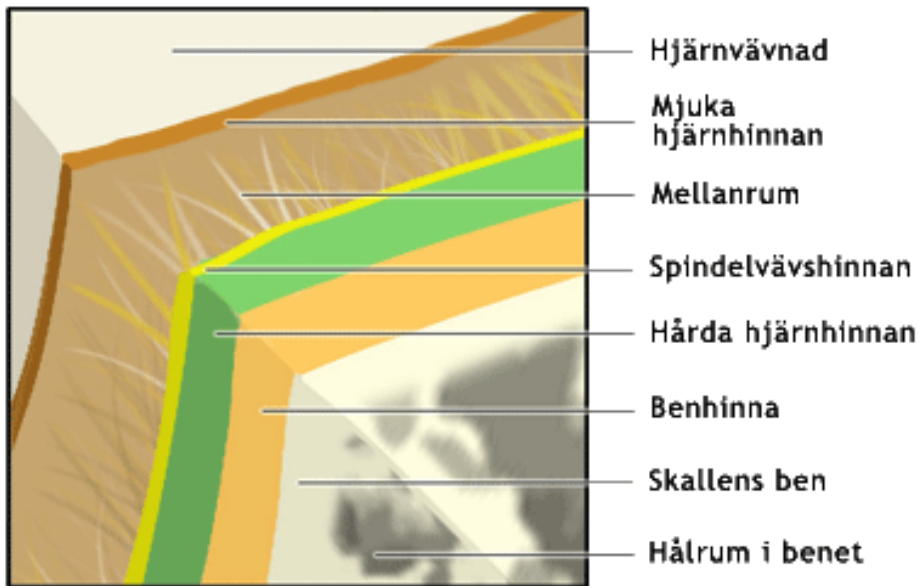


Bild 1: *hjärnans olika hinnor.* (Lunds universitet, u.å.)

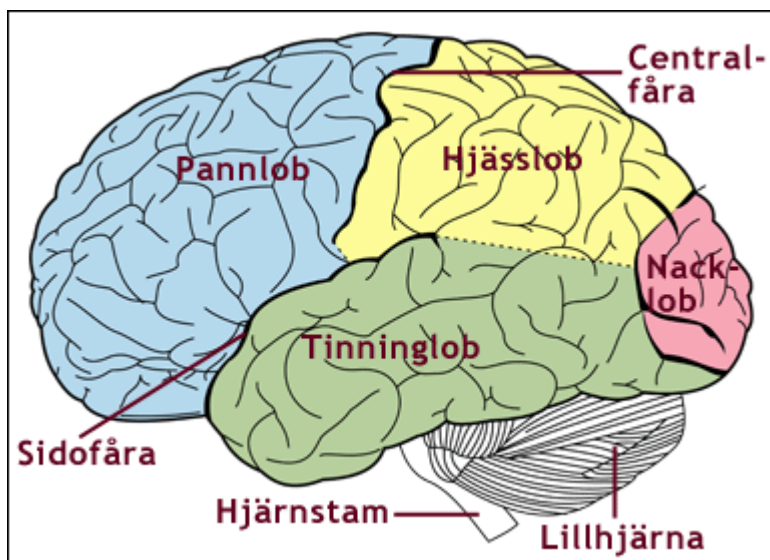


Bild 2: *hjärnan och dess delar.* (Lunds universitet, u.å.)

# NIHSS

## NIH stroke-skala (version utan hand för Riks-Strokeregistrering)

Personnr: \_\_\_\_\_ Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Kl: \_\_\_\_\_

		Poäng
<b>1a Medvetandegrad</b> Enligt RLS-85	0. Vaken och alert (RLS 1). 1. Slö, men kontaktbar vid lätt stimulering (RLS 2). 2. Mycket slö, kräver upprepade eller smärtsamma stimuli för kontaktbarhet eller för att följa uppmaning (RLS 3). 3. Coma. Pat okontaktbar. Reflex- eller automatiska rörelser (RLS 4-8).	
<b>1b. Orientering</b> Fråga patienten om aktuell månad och patientens ålder. Ge inga ledtrådar. Första svaret gäller.	0 Två rätt. 1. Ett rätt. Ges också om intuberad/dysarti/annan språksvårighet. 2. Inget rätt. Ges om afasi/coma.	
<b>1c Förståelse.</b> Ge kommando (visa inte) Slut ögonen! Knyt handen (icke paretisk sida) Om afatisk patient utförs pantomim	0. Två rätt. 1. Ett rätt. 2. Inget rätt.	
<b>2. Ögonmotorik/ögonställningar</b> Observera först ögonställningen, testa sedan ögonrörelserna åt höger och vänster sida. Om patienten inte lyder uppmaningen, prova dolls eye-manöver (vrid huvudet).	0. Ua. 1. Partiell blickpares (=déviation conjugée som kan övervinnas viljemässigt eller med dolls eye.) Perifer ögonmuskelpares. 2. Komplet blickpares (=deviation conjugée) som inte kan övervinnas viljemässigt eller med Doll's eye.	
<b>3. Synfält</b> Använd konfrontationstest, t.ex. fingerräkning eller genom att föra handen "hotfullt" mot patientens öga. Om patienten är blind på ett öga, kontrollera det friska ögat.	0. Ua. 1. Partiell hemianopsi (t.ex. kvadrantopsi). Visuellt utsläckning/neglekt (testas med bimanuell konfrontation). 2. Komplet hemianopsi. 3. Bilateral synfältsdefekter (t ex blind inklusive kortikal blindhet).	
<b>4. Facialispares</b> Medvetandesänkt eller afatisk patient testas genom att skatta reaktionen på smärtsamt stimuli.	0. Ua. 1. Partiell central facialispares (utslätad nasolabialfåra, asymetri vid leende). 2. Komplet central facialispares. 3. Perifer facialispares.	
<b>5. Pares i arm</b> Patienten i liggande. Lyft armarna till Grasset-ställning (=lyft armarna 45 grader, om liggande). Be patienten hålla kvar i 10 sekunder. Testa icke-paretiska sidan först. Amputation eller kontraktur ger 0 poäng.	0. Håller kvar i 10 sekunder. 1. Sjunker inom < 10 sekunder men når ej sängen. 2. Faller till sängen < 10 sekunder, visst motstånd mot gravitation. 3. Armen faller omedelbart men kan röras mot underlaget. 4. Ingen rörlighet i armen.	<b>Höger</b>
		<b>Vänster</b>
<b>6. Pares i benen</b> Patienten i liggande. Rakt benlyft till 30 grader. Be patienten hålla kvar benen i 5 sekunder. Testa icke-paretiska sidan först. Amputation eller kontraktur ger 0 poäng.	0. Håller kvar i 5 sekunder. 1. Sjunker inom < 5 sekunder, men når ej sängen. 2. Faller till sängen < 5 sekunder, visst motstånd mot gravitation. 3. Benet faller omedelbart, men kan röra sig mot underlaget. 4. Ingen rörlighet i benet.	<b>Höger</b>
		<b>Vänster</b>
<b>7. Ataxi</b> Testas med knä-häl och finger-näs prov. Avser endast cerebellär symtomatologi. Om patienten är amputerad, inte förstår eller är hemiparetisk ges 0 poäng.	0. Ua. 1. Ataxi i en extremitet. 2. Ataxi i två extremiteter.	
<b>8. Sensibilitet (smärta)</b> Testas med nål. Avses endast dysfunktion pga stroke. Medvetandesänkt eller afatisk patient skattas med smärtsamt stimuli. Patient i coma ges 2 poäng.	0. Ua 1. Lätt till måttlig nedsättning, olika grader av förändrad känselupplevelser men pat är medveten om att hon berörs. 2. Svår, eller total nedsättning, pat omedveten om beröring. Pat med hjärnstamsstroke och bilateral känselnedsättning. Patient i coma.	
<b>9. Språk/kommunikation</b> Be pat beskriva bilden, namnge föremålen och läsa meningarna.	0. Ua 1. Lätt-måttlig dysfasi. Svårighet att namnge och att finna ord, parafasi, omskrivningar eller lätta-måttliga svårigheter att förstå eller uttrycka sig. 2. Svår afasi. 3. Mutism eller global afasi.	
<b>10. Dysartri</b> Be pat läsa ord från listan, tala inte om varför! Intuberad pat ges 0 poäng.	0. Ua 1. Lätt dysarti, sluddrar på några ord eller förståeligt med svårigheter. 2. Svår dysarti, oförståeligt tal eller är mutistisk.	
<b>11. Utsläckning/neglect</b> <b>A.</b> Utgå från tidigare test, särskilt synfält och språk. <b>B.</b> Be patienten blunda. Berör samtidigt hö/vä sida. Vid uttalat synfältsbortfall men samtidigt normal uppfattning av hudstimulering ges 0 poäng. Om afasi ges också 0 poäng om pat förefaller reagera normalt vid hudstimulering.	0. Ua. 1. En modalitet nedsatt. 2. Uttalad hemi-inattention för en modalitet eller hemi-inattention för mer än en modalitet. Känner inte igen sin egen hand.	
<b>Totalpoäng NIHss</b>		

## **Bemötande av en person med afasi**

Om en person med afasi har svårt att förstå vad man säger finns det några regler man kan försöka tänka på:

- Tala om en sak åt gången! Vill man byta samtalsämne tar man en liten paus för att visa att man planerar att byta ämne.
- Visa/peka på saker man pratar om för att personen lättare skall kunna förstå.
- Glöm inte ögonkontakt! Genom att titta personen i ögonen så är det lättare för denne att koncentrera sig på det man säger.
- Tala långsamt, men inte släpigt. Ta längre pauser mellan ord och fraser än vad man vanligen skulle göra.
- Tala tydligt och använd enkelt språk. Använd så enkla och vanliga ord som möjligt men prata inte på ett barnsligt sätt.
- Tala kraftigare än vad man vanligen brukar göra, detta borde göras för att den afasidrabbade skall koncentrera sig ytterligare.
- Använd hela och enkla meningar och upprepa det men andra ord.
- Använd gester.

Har den afasidrabbade svårt att tala kan man ställa frågor som denne lätt kan svara på med ”ja” eller ”nej”. Om den drabbade har svårt att hitta substantiv men lättare för att använda verb så kan man ha personen att förklara hur man använder saken denne försöker få fram namnet på.

(Jönsson, 2012, s. 210-213)

## Sökprocessen

Tidpunkt	Sökord	Databas	Årtal	Träffar
9.4.2015	Aphasia AND rehabilitation	EBSCO	2010-2015	290
24.4.2015	Afasi AND Rehabilitering	CINAHL	2010-2015	3
24.4.2015	Afasia AND Kuntoutus	CINAHL	2010-2015	0
24.4.2015	Afasia AND Kuntoutus	CINAHL	-	0
24.4.2015		Vård I Norden	2010-2015	0
13.5.2015	Afasi AND egenvård	EBSCO	2010-2015	0
13.5.2015	Stroke AND egenvård	EBSCO	2010-2015	0
13.5.2015	Afasia AND itsehoito	EBSCO	2010-2015	0
13.5.2015	Stroke AND itsehoito	EBSCO	2010-2015	0
13.5.2015	Stroke AND self-care	EBSCO	2010-2015	74
13.5.2015	Stroke AND self care	EBSCO	2010-2015	78

13.5.2015	Aphasia AND self-care	EBSCO	2010-2015	3
13.5.2015	Aphasia AND self care	EBSCO	2010-2015	3
13.5.2015	Afasi AND egenvård	CINAHL	2010-2015	0
13.5.2015	Stroke AND egenvård	CINAHL	2010-2015	0
13.5.2015	Afasia AND itsehoito	CINAHL	2010-2015	0
13.5.2015	Stroke AND itsehoito	CINAHL	2010-2015	0
13.5.2015	Aphasia AND self-care	CINAHL	2010-2015	14
13.5.2015	Aphasia AND self care	CINAHL	2010-2015	2
13.5.2015	Stroke AND self-care	CINAHL	2010-2015	35
13.5.2015	Stroke AND self care	CINAHL	2010-2015	38